Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1672 de 2013

ASOCIACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS DEL URUGUAY

ver exposición

CENTRO CASAS DE ÓPTICA

ver exposición

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 11 de junio de 2013**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Daniel Bianchi.

MIEMBROS: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Daniel Montiel Méndez, Daniel Radío y Berta Sanseverino.

INVITADOS: Por la Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay señores licenciados Mirtha Pereira, Presidenta; Fernando García, Secretario; José Luis Testagrossa, representante de Egresados; y Profesores Carlos Planel y Gonzalo Fierro.

Por el Centro Casas de Óptica, señores Cristiano Onnis, Presidente de la Asociación Mayorista de Óptica; Jorge Ruglio, Centro Casas de Ópticas; Daniel Angeloro, Presidente Centro Casas de Óptica; Andrés Nario, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Ópticos y doctor Julio Facal.

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a una delegación de la Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay, integrada por la Presidenta, licenciada Mirtha Pereira; el Secretario, licenciado Fernando García; el Director de la Carrera de Licenciatura en Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina- Universidad de la República, Profesor Agregado Carlos Planel; el coordinador del Área de la Carrera de la Facultad de Medicina, Udelar, Profesor Adjunto Gonzalo Fierro; y el representante de los egresados de la Asociación, licenciado José Luis Testagrossa.

SEÑORA PEREIRA.- Agradezco a la Comisión por habernos recibido. Esta es la segunda oportunidad que tenemos de presentar nuestro anteproyecto de ley.

Si me permiten, voy a solicitar cedan el uso de la palabra al Secretario de la Asociación.

SEÑOR GARCÍA.- Solicitamos concurrir a esta Comisión con la intención de comentar algunas de las opiniones y objeciones realizadas en oportunidad de la sesión del 16 de abril en la que estuvo presente la Sociedad Uruguaya de Médicos Fisiatras.

Como saben, nuestra Asociación, de acuerdo con su estatuto, tiene cometidos científicos y gremiales. Cumpliendo con estos últimos objetivos, estamos embarcados desde hace dieciséis años en la Comisión de Armonización del Mercosur para la Fisioterapia. Una de las derivaciones que ha tenido el trabajo en esa Comisión ha sido la presentación de este proyecto de ley.

En primer lugar, queremos dejar claro lo que nosotros consideramos un error de concepto.

En la sesión del día 16 de abril se dijo que este proyecto podría incidir en las potestades que tienen los médicos fisiatras y que no se quería fomentar un problema entre los fisiatras y los fisioterapeutas. Queremos aclarar que nuestro proyecto no incide en las potestades de los médicos en general, ni en la de los médicos fisiatras en particular, porque no existen problemas de competencia entre los médicos fisiatras y los fisioterapeutas, ya que nuestra formación, nuestras funciones y nuestras competencias, son diferentes.

Este error de concepto se origina generalmente en las similitudes de denominación de nuestras profesiones. Uno de los integrantes de esa delegación, el doctor Carrera, expresó muy bien: "Creo que la confusión se produce entre fisioterapeuta y fisiatra. Medicina física no es sinónimo de fisioterapia, pero fisiatría es sinónimo de medicina física. Las competencias son distintas".

Esta confusión fomenta la idea de que hay una relación de dependencia entre fisioterapeutas y fisiatras, y esto no es así porque nuestra relación laboral es similar, por ejemplo, a la que existe entre el psiquiatra y el psicólogo, o entre el otorrinolaringólogo y el foniatra.

Nuestra función es totalmente diferenciada de la del fisiatra; trabajamos con ellos como lo hacemos con otras especialidades médicas; no trabajamos exclusivamente con el fisiatra. En general, esto depende de la política institucional y de los organigramas que tenga cada centro de trabajo. Hay centros de trabajo cuyos pacientes nos vienen derivados por el fisiatra, y otros por otras especialidades médicas. En general, lo que recibimos de los médicos es la derivación del paciente con los datos clínicos y los objetivos del tratamiento. En ese sentido, no hay una relación de dependencia entre los médicos en general y los fisioterapeutas.

Tenemos una relación de dependencia jerárquica o administrativa con aquellos médicos que, desde el punto de vista de la gestión, se desempeñan como jefes de servicio en los diferentes Servicios de Fisioterapia del país. Pero para esto la condición de fisiatra no es excluyente. No necesariamente se debe tener el posgrado de fisiatría para dirigir un Servicio de Fisioterapia. De hecho, hay varios dirigidos por médicos que aún no tienen el posgrado terminado, o por médicos que tienen otras especialidades. Inclusive, hay servicios dirigidos por fisioterapeutas. Esto también depende de las políticas institucionales y de organización de cada uno de los centros de trabajo.

Tampoco queremos que se interprete nuestra intervención como teniendo un sesgo de antagonismo respecto a los médicos fisiatras y a los fisioterapeutas. Al contrario, los médicos -no solo los fisiatras sino también otros con los que trabajamos directamente, como los intensivistas, los neurólogos, los traumatólogos, los reumatólogos, los deportólogos, los cirujanos internistas-, además de nuestros compañeros en el equipo de salud, son nuestros proveedores. Entonces, mal podríamos los fisioterapeutas embarcarnos en una competencia estéril y destructiva en pro de intereses mezquinos.

Coincidimos con la delegación de Surmefi cuando afirmó que creía sumamente importante que la carrera de fisioterapia esté reglamentada. En esto estamos todos de acuerdo: los fisiatras, los fisioterapeutas, el Ministerio de Salud Pública -que es uno de los autores del proyecto de ley-, y la Universidad de la República.

Por tanto, la necesidad de contar con una ley está fuera de toda discusión.

En segundo término, queremos hacer mención a una de las objeciones que la delegación planteó como una de las más importantes, que tiene que ver con el diagnóstico médico. Este tema lo va a explicitar más claramente

que yo el Profesor Planel, que es el Director de nuestra carrera en la Universidad de la República, pero antes de cederle la palabra me gustaría plantear a ustedes que el contenido del artículo 2º, que está siendo cuestionado, y en el que se define el perfil profesional del licenciado en fisioterapia, es copia textual del perfil profesional y del campo laboral que figura en nuestro programa oficial de licenciado en fisioterapia.

Este perfil y este campo laboral fueron aprobados por el Consejo de Facultad que, como ustedes saben, está integrado por egresados, docentes, y estudiantes, y todos revisten el carácter de médico. En su momento, en junio del año 2006, cuando se votó la redacción de dicho perfil, ninguno de ellos lo objetó.

Entre las objeciones realizadas se afirma que no existe el diagnóstico de fisioterapia.

En primer lugar, queremos afirmar que desde el año 1986 la literatura médica internacional habla de diagnóstico de fisioterapia o de diagnóstico kinésico. Nosotros pusimos especial cuidado al redactar este perfil, que fue aprobado por la Facultad, y para evitar interpretaciones erróneas como creemos que la delegación hizo, definimos como fisioterapeuta a aquel que está formado para realizar la evaluación diagnóstica fisioterapéutica de disturbios kinésicos y funcionales. O sea que no estamos hablando de un diagnóstico clínico o médico, o como lo expresa la misma delegación, de un diagnóstico de enfermedad, de etiología, nosológico y fisiopatológico. Para nosotros es muy importante que esto le quede claro a la Comisión

Estamos hablando de evaluaciones diagnósticas, fisioterapéuticas o kinésicas. Eso es lo que dice nuestro perfil y nuestro proyecto de ley.

SEÑOR PLANEL.- Ejerzo la Dirección de la licenciatura desde el año 2005. En el año 2006 procuramos "aggiornar" lo que era en ese momento el perfil profesional de la carrera, a fin de que se adecuara a lo que internacionalmente significaba la profesión del fisioterapeuta en el mundo.

En el año 2006 se aprueba nuestro perfil profesional con un nuevo plan de estudios.

En el año 2008 ese perfil profesional se publicó en el Diario Oficial. El trabajo o la actividad por la cual fuimos llegando a este perfil profesional constituyó un proceso; no es algo antojadizo, sino que se trata de un proceso, a través del cual hoy los fisioterapeutas se están formando con este perfil profesional. Una de las características fundamentales para la formación, y en lo que se hace mayor énfasis, es en el diagnóstico de la disfunción, y la diferencia que esto tiene con el diagnóstico de la patología.

Por un lado, tenemos lo que es la patología, la enfermedad y, por otro, la disfunción, que causa esta enfermedad. Hoy en el mundo entendemos al fisioterapeuta como el profesional que va a tratar o a resolver determinadas disfunciones motoras, cardiorrespiratorias, musculoesqueléticas o neurológicas que van a tener los usuarios.

Voy a citar lo que expresó en el año 1999 la Asociación Francesa para la Investigación y Evaluación de Fisioterapia: "El diagnóstico fisioterapéutico es un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas y estudiadas. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional cuyas deducciones permiten: establecer un programa de tratamiento en función de las necesidades observadas y escoger la actuación de fisioterapia que se va a utilizar".

Nos encontramos hoy con que la discapacidad la debemos enfocar desde diferentes aspectos y no solamente desde el aspecto meramente físico, sino desde el punto de vista social, psicológico, de cómo hacemos para que el discapacitado se integre a la sociedad.

El fisioterapeuta es una pata dentro de esa estructura de análisis de cómo el paciente, el usuario, vuelve a la sociedad, a su actividad laboral, a mantener una relación funcional. O sea que se diferencia del diagnóstico médico y no debe pretender reemplazar, confirmar ni confrontar con él; debe complementarlo; debe establecer claramente las cuestiones de interés para el abordaje de la patología funcional. Hoy, nuestros egresados de la licenciatura en fisioterapia salen con estas capacidades; tienen la capacidad de analizar, discernir sobre la disfunción.

Por otro lado, quiero señalar que hasta el año pasado la única institución formadora de recursos humanos en fisioterapia era la Universidad de la República. Por lo tanto, el perfil profesional que se tomó para realizar este proyecto correspondía al de la única entidad formadora de los recursos humanos en fisioterapia. Indudablemente, en otros países no sucede lo mismo, y en el Uruguay hoy tenemos formación en la Universidad Católica y en la Universidad de la Empresa, y basan su perfil profesional en el que labró la Universidad de la República.

SEÑOR FIERRO.- Para bajar un poco a tierra y no estar hablando tanto de la teoría, voy a explicar qué implica esto en el sistema de salud en la práctica.

Básicamente, esto está en consonancia con el nuevo paradigma que se plantea en salud en Uruguay, que pone el centro en el usuario. Es decir, todas las políticas deben tender a mejorar la salud del usuario y se pone el centro en que todos tenemos que trabajar por ello. ¿Qué es lo que significa el diagnóstico en la práctica? Básicamente, el médico va a hacer su diagnóstico médico y su tratamiento médico y, si lo considera, va a pedir al fisioterapeuta que lo ayude en determinadas áreas. En este proyecto de ley se establece que el fisioterapeuta tiene la obligación de decir lo que ve en el usuario desde el punto de vista del movimiento, de su campo de acción, que es diferente a lo que plantea el médico, y lo que va a hacer. Es decir, el fisioterapeuta tiene la obligación de determinar qué es lo que va a hacer y plantear qué resultados va a obtener, siempre tomando en cuenta al usuario. Actualmente, entre el diagnóstico médico y lo que después hace el fisioterapeuta queda una nebulosa en cuanto a quién es el responsable final si no se obtiene un buen resultado. Lo que ocurre también es que la disfunción no siempre es estática. Una enfermedad generalmente tiende a tener un tiempo, pero las estructuras que se van a lesionar no son siempre las mismas, ni de la misma manera; en una semana van a ir variando. Si nosotros mantenemos el anterior proceso, podría ocurrir que si un fisioterapeuta tiene que analgesiar determinado músculo a un paciente, pero ya no le duele, el usuario tiene que volver al fisiatra a hacer la consulta para ver si requiere que le den analgesia a los otros músculos; es decir debe hacer la consulta aunque el fisioterapeuta sabe que lo tiene que hacer. Esto significa pérdida de tiempo, gastos en remuneración, porque eso implica una erogación. Además, durante esos días el tratamiento pierde efectividad, porque el sistema no puede absorber todo. Si el fisioterapeuta tiene la obligación de decir lo que tiene el paciente y lo que le va a hacer, puede cambiar el diagnóstico y ver qué otras estructuras hay que tratar; de ese modo, se acortan los tiempos y se reducen los gastos. Esto no significa que el médico vaya a desaparecer, sino que vamos a optimizar su tiempo. El diagnóstico médico ya fue hecho; ya se determinó y ya se planteó el tratamiento médico. El usuario lo va a tener que seguir haciendo, a pesar de hacerse fisioterapia o no, mientras que el médico así lo disponga. Mientras tanto, va a tener que responder al planteo general de la disfunción, que significa la alteración cualitativa y cuantitativa de una estructura. Es nada más que eso.

El diagnóstico para nosotros es pasar raya y decir qué es lo que le vamos a hacer y, a partir de eso, el fisioterapeuta tiene que actuar. El usuario va a tener la posibilidad de preguntarse por qué no está mejorando y el fisioterapeuta tendrá que responder. La ley obliga a eso. El usuario es el centro y necesariamente hay que explicarle cuál es su situación y cuáles son las posibilidades que tiene; de lo contrario, tendríamos un profesional que no va a poder responder, y que diría que lo mandaron a hacer tal o cual cosa. En este proyecto que se plantea, el fisioterapeuta es el responsable de decir que la situación del paciente no cambió por determinadas razones. Y si el usuario considera que el fisioterapeuta no es apto, se retirará. Esto genera practicidad, pero no un cambio en cuanto a médico sí, médico no. El médico tiene que estar y no se va a reemplazar porque hay una patología que va a tener que ser tratada. La parte medicamentosa la que va a tener que seguir tratando el médico y eso es insustituible. Se van a optimizar los recursos médicos, que son bastante escasos, y la formación en salud, que de por sí es corta. Vamos a acortar el tiempo que se insumía anteriormente. El centro va a ser el usuario y las respuestas van estar en él.

Este proyecto no está en contra de la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud ni con la ley que plantea el usuario y el paciente del sistema. Básicamente, se tiende a dar más responsabilidad al fisioterapeuta por sus acciones y que responda ante ellas.

SEÑOR GARCÍA.- Quiero señalar a los señores Diputados que cuando se hace referencia al área deportológica y se plantea que en ella actúan los médicos deportólogos y los licenciados en educación física, se hace por desconocimiento. Digo esto porque la formación que brinda el Instituto Superior de Educación Física a los licenciados en Educación Física es para trabajar con el deportista sano. Cuando

el deportista está lesionado, la intervención es del médico deportólogo y del licenciado en fisioterapia; de lo contrario, los licenciados en Educación Física estarían incurriendo en los delitos previstos en el artículo 67 del Capítulo III del Código Penal, que refiere a la usurpación de funciones, títulos, etcétera.

Otra idea que se sugiere es que la reglamentación de nuestra profesión debería estar inserta en una reglamentación común con otras licenciaturas. Nosotros ya tenemos una ley común de ejercicio con otras licenciaturas, que es la Ley Nº 16.614, del año 1994. Consideramos que hay una cantidad de elementos que no se consideraron que, precisamente, tienen que ver con nuestro trabajo en la Comisión sobre armonización del Mercosur que mencioné

Se trata de tener una legislación propia de la fisioterapia como tienen actualmente los países integrantes del Mercosur, excepto Uruguay. Esto nos da a nosotros una asimetría muy importante con los colegas de otros países. Cuando comience la libre circulación de profesionales y servicios, los fisioterapeutas uruguayos nos vamos a ver afectados.

La otra gran objeción que tenemos es con el artículo 6º, cuando habla de nuestras competencias y funciones. Cuando nosotros planteamos los objetivos, se cuestiona quién los va a definir. Como ya explicó mi colega, el diagnóstico clínico y los objetivos terapéuticos los indica el médico. A nosotros no nos interesa prescribir; lo que queremos es llevar adelante lo que nos plantean nuestro programa y la ley, en cuanto a establecer o elegir qué procedimiento vamos a utilizar con cada paciente, que es de uso en todos los demás países. De hecho, acá también se hace, lo que pasa es que aún no está reglamentado porque no tenemos ley propia.

(Interrupciones)

——Sí, Paraguay tiene una ley. Quiero contar una anécdota al respecto. Paraguay comenzó el proceso luego que nosotros y nos pidió nuestro proyecto para usarlo como base. Gracias a Dios lo han conseguido. Lo mismo ocurrió con Venezuela.

También tenemos otra objeción al artículo 6º, que es muy importante para nosotros desde el punto de vista legal. Se establece que el artículo 6º debería ser sustituido y se propone una redacción que habla de la responsabilidad de la correcta aplicación de los agentes físicos. Esto no es así porque aun si nosotros aplicáramos bien un procedimiento fisioterápico mal indicado por un tercero, desde el punto de vista legal hoy somos pasibles de la misma sanción civil o penal que ese tercero. A nosotros no nos ampara la obediencia debida. Por más que estemos respondiendo a una prescripción, legalmente somos tan imputables como el que la indicó aunque nosotros desarrollemos bien ese procedimiento, por aplicar algo que sabemos que no se debería aplicar.

Entonces, a eso se refiere con que no es solamente ejecutar el tratamiento indicado, sino -como lo indica la palabra tecnólogo, que nos designa- el pensar, el hacer y definir qué es lo que vamos a hacer.

Se plantea también la objeción del inciso J) referido a ejercer la Dirección de las Divisiones y Departamentos de Fisioterapia. Se dice que nosotros creemos que no existen Divisiones y Departamentos de Fisioterapia, sino que hay Unidades de Fisioterapia insertas en servicio.

Más allá de creencias personales pensamos que esto tiene que ver con la estructura organizacional de cada servicio. O sea que cada institución, privada o pública, va a decidir políticamente quién pone al frente de cada repartición o unidad, independientemente del título académico que la persona tenga. Esto lo sacamos de la Ley de Enfermería, aprobada por esta Comisión y por las Cámaras, en el sentido de que lo ponemos a letra expresa porque todavía existe hoy la idea de que -a pesar de que estamos preparados, porque nuestra carrera da Gestión, Administración Hospitalaria, etcétera- las Divisiones deben ser dirigidas por médicos. Pero, por ejemplo, si las enfermeras universitarias pueden dirigir Departamentos de Enfermería, ¿por qué no pueden los Licenciados en Fisioterapia? Es la pregunta que nosotros nos hacemos.

Por último, cuando se objeta el libre ejercicio se vuelven a confundir las cosas. Nuestro proyecto refiere a ejercer en forma liberal su profesión. Esto es lo que figura en el perfil y hace referencia a lo establecido en el artículo 45 de la Ley Nº 17.739, de 2004, en la cual se nos incorpora a nosotros a partir del 23 de febrero de 2006 -por eso el perfil lo recoge; ustedes no se olviden que el perfil se aprueba en la Facultad en junio de 2006, se reelaboró por eso- y se nos obliga a incorporarnos a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios. Como todos saben, para estar afiliados a la Caja debemos tener libre ejercicio;

las profesiones que no lo tienen no pueden estar afiliadas. A eso nos referimos cuando hablamos del ejercicio. Esto no significa que nosotros ejerzamos sin control, o sin un pase médico o sin las normas que corresponda. Cuando hablamos de libre ejercicio se malinterpreta pensando eso, pero no es así; estamos hablando de nuestra relación de no dependencia -el señor Diputado Radío hizo mención a ello y consta en la versión taquigráfica- con una institución, pública o privada, de ejercer lo que en el mundo se ha dado en llamar práctica privada.

Hay otras aclaraciones que nos parecen pertinentes, que no son objeciones formales, pero que nos parece bueno aclarar en este ámbito. Como pueden ver en el artículo 3º se establece quiénes integran la profesión y el nivel universitario de la misma. ¿Por qué nosotros pusimos eso? Porque, en este momento hay confusiones en el público sanitario, en el paciente, en cuanto a que personas con formación de Enseñanza Secundaria, Terciaria No Universitaria o, inclusive, idóneos con cursos básicos que están preparados para actuar en otro ámbito -su preparación les alcanza para trabajar en otro ámbito como, por ejemplo, estético, deportivo, medicina complementaria o pseudocientífica, por llamarle de alguna manera- utilizan titulaciones de fantasía para usurpar títulos y competencias de los fisioterapeutas. Me refiero, por ejemplo, y con todo el respeto que me merecen, a quienes practican reiki o moxa, es decir diferentes terapéuticas que se hacen que después terminan atendiendo cosas que corresponden al fisioterapeuta. Por eso, queremos que la ley incluya a los fisioterapeutas que tengan estas características y esta formación.

En el artículo 4º se establecen los requisitos, como estar habilitado e inscripto en el Ministerio de Salud Pública, como es de rigor en toda norma de este tipo.

Por su parte, el artículo 5º define la formación. Quizás parezca excesivo que se defina la formación en un proyecto de ley de ejercicio profesional. Pero con esto nos estamos curando en salud, para evitarle al Gobierno, y a nosotros, un gran problema como el que hoy enfrenta el Gobierno brasileño, que tiene Escuelas de Fisioterapia con un total de mil quinientas horas de formación y otras con seis mil. Y todos salen con el título de Fisioterapeutas, pero ustedes se imaginarán que con esa diferencia formativa no todos salen con las mismas capacidades.

Nosotros queremos que las instituciones universitarias que estén aprobadas por el Ministerio cumplan con los requisitos mínimos, con una currícula mínima que también está establecida, para asegurarnos que la formación de los fisioterapeutas de las diferentes escuelas públicas y privadas tengan una base común y nos evite esos problemas de asimetría.

En el artículo 7º se hace mención a la acreditación. La acreditación y la recertificación se están discutiendo a nivel de la Universidad y del Ministerio para todas las profesiones de la salud. Nosotros suponemos que va a producirse más temprano que tarde, y lo que queremos es precaver, es decir, que nuestra ley ya lo contemple. Como todavía no sabemos las condiciones, nosotros ponemos que va a ser de acuerdo con la normativa vigente en su momento. Reitero, queremos tenerlo ya incorporado en nuestra ley para que cuando eso se produzca no tengamos que hacer una reformulación, sino que ya esté previsto.

El artículo 8º refiere a la aplicación de la norma. Obviamente, las normas nacionales tienen total prevalencia sobre las internacionales, pero con respecto a estas últimas la Ley de Enfermería, por ejemplo, establece que se va a regir por el Convenio Nº 149, recomendación 157 de la OIT. De las profesiones de la salud, Enfermería es la única que tiene una recomendación de la OIT de este tipo.

Entonces, las demás profesiones tenemos que buscar nuestras normas internacionales en otros lados. En el caso de los Fisioterapeutas las buscamos en la Declaración de Principios y Criterios de la Confederación Mundial de Terapia Física, que es una ONG asesora de la OMS. A nosotros nos parece que esas son las normas idóneas para que nos regulen en lo relativo a normas internacionales.

El artículo 9º es lo que definimos como una cláusula de protección. Aquí protegemos los posibles derechos adquiridos de los Técnicos en Fisioterapia. Quiero aclarar que en un principio nuestra titulación era la de Técnico en Fisioterapia y a partir del año 1990 nos transformamos en Licenciados en Fisioterapia. Hubo un período en el cual se hizo la conversión de los títulos a quienes cumplían con determinados requisitos que establecían las Ordenanzas de la Universidad. Si alguno aún no hizo esa reconversión y está ocupando cargos de Licenciado en Fisioterapia nosotros no lo queremos perjudicar. Por eso se pone la cláusula, porque si esa persona tiene el título y no lo reconvirtió quiere decir que está próxima a la jubilación. Entonces, que siga en su cargo sin ningún tipo de problema. A nuestro entender, al día de hoy no existen -por lo menos según las

informaciones de la Asociación de Fisioterapeutas- colegas en esta condición. Pero, de todas maneras y por las dudas, ponemos esta cláusula de protección, para no lastimar los derechos adquiridos de nadie.

Finalmente, los artículos 10 y 11 se incluyen como artículos de estilo en toda norma legal. Inclusive, están sacados de la Ley de Enfermería que, como dije, fue aprobada por esta Comisión y por las Cámaras. Nosotros nos basamos en su estructura para poder hacer algo que les fuera familiar y que, de alguna manera, ya estuviera reconocido.

SEÑOR PLANEL.- Quisiera agregar en este perfil la importancia de la inserción del fisioterapeuta en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, en policlínicas barriales, como promotor de salud y lo que se ha venido haciendo desde la licenciatura de forma tal de poder trabajar en atención primaria de salud. Necesitamos que exista una reglamentación que deje a la profesión con la capacidad de hacerlo, porque hoy, por reglamentación, el fisioterapeuta no podría estar trabajando en atención primaria de salud. El fisioterapeuta está siendo requerido constantemente desde las policlínicas barriales y desde los trabajos en comunidad.

Nosotros tenemos trabajos que comenzaron en los años 2008- 2009 en policlínicas barriales en el Apex, en el Cerro y en policlínicas barriales de la ciudad de Paysandú, donde la carrera tiene su otra sede. Hoy ha cambiado la visualización del fisioterapeuta en lo relativo a que no es una función solamente intramuros, dentro de un hospital, sino vinculado con la sociedad civil y con el medio. En estos años que lo hemos venido desarrollando, eso nos ha traído innumerables satisfacciones.

SEÑORA PEREIRA.- En primer lugar, deseo agradecer a los colegas y profesores, Carlos Planel, Director de la Carrera y Gonzalo Fierro, Profesor Adjunto, al colega representante de egresados, José Luis Testagrossa y a nuestro Secretario, Fernando García. Como ustedes vieron todos hemos trabajado muchísimo en forma conjunta. Este anteproyecto de ley no fue algo traído de los pelos. Obra en vuestro poder una carpeta que contiene las leyes de los otros países, toda la documentación en que nos basamos para realizar el anteproyecto de ley y, en esta oportunidad hemos venido a argumentar la necesidad que tenemos de que sean aprobados cada uno de los artículos propuestos.

Creo que los argumentos han sido suficientes y les vamos a dejar una nueva carpeta con los documentos que justifican la argumentación de cada uno de estos artículos. Quedamos a sus órdenes para ampliar la información y para que ustedes vean que este anteproyecto no fue algo basado solamente en la fisioterapia del Uruguay, en la medicina del Uruguay, en el área en la que trabajamos, sino en documentos que existen en el mundo y que son muy necesarios para nuestra Carrera de Fisioterapia, para los fisioterapeutas del Uruguay.

Deseamos que con los argumentos expuestos hoy sea más que suficiente para que ustedes comprendan la necesidad de la existencia y del porqué de cada uno de estos artículos. Además, queremos decirles que estamos esperanzados en que esto salga pronto, por lo mencionado por mi colega sobre el libre tránsito de profesionales. Los brasileños nos están pidiendo la ley del Uruguay, porque no nos consideran interlocutores válidos, piensan venir a trabajar a Uruguay y los uruguayos no podemos trabajar del otro lado de la frontera.

Con el tema del Mercosur y de esta universalidad que hay de la fisioterapia, ya no nos dividimos en países; con las comunicaciones que hay estamos en contacto con todo el mundo.

No me queda más que agradecer la atención prestada, especialmente al Presidente de la Comisión, doctor Bianchi, quien nos recibió en más de una oportunidad, ante nuestro nerviosismo y nuestras esperanzas de que esto saliera pronto.

Voy a hacer entrega de una carpeta con el material.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos mucho la presencia. Fue una reunión en la que aclaramos una cantidad de dudas. Ahora sí, teniendo todos los insumos, podremos decidir sobre el proyecto de ley.

Estamos en contacto.

Muchas gracias.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay)

(Ingresa a Sala la delegación del Centro Casas de Óptica)

———La Comisión de Salud Pública tiene mucho gusto en recibir a la delegación que nos visita, integrada por Cristiano Onnis, Presidente de la Asociación Mayorista de Óptica, Jorge Ruglio, del Centro Casas de Ópticas, Daniel Angeloro, Presidente del Centro Casas de Óptica, Andrés Nario, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Ópticas, y Julio Facal, abogado.

SEÑOR RUGLIO.- Esta delegación está integrada por diferentes actores en el tema ópticas, pero va bastante más allá porque tiene que ver con la atención de la salud visual en todo el país.

Estas diferentes instituciones hace unos años nos reunimos con la ex Ministra Muñoz para manifestarle que necesitábamos un marco de regulación actualizado para las ópticas y para todos los actores que tienen que ver con la salud visual. El Decreto vigente tiene cuarenta y cinco años y, por supuesto, desconoce lo que sucede en la actualidad, la nueva tecnología y absolutamente todo. Tenemos un marco totalmente descontrolado. Por ello propusimos crear una mesa de trabajo, convocando a todos los actores. La idea era desarrollar, junto al Ministerio de Salud Pública, un marco regulatorio para toda la actividad. La señora Ministra nos atendió muy bien, se sumó a la idea y nos dio la anuencia para trabajar, para integrar una Comisión con todos los actores, por lo que nos encargamos de administrar esa suerte de convocatoria donde nos reunimos, en la Cámara Nacional de Comercio y Servicios del Uruguay. Todos los actores fuimos convocados -las instituciones que hoy están aquí representadas más otros actores; todos los que involucran a la salud visual, como la Cátedra de Oftalmología y los técnicos en oftalmología- a una mesa de trabajo con el Ministerio de Salud Pública a los efectos de crear un proyecto de ley y empezamos a trabajar periódicamente con información al Ministerio de Salud Pública. Algunos se fueron integrando a la Mesa pero otros nunca lo pudieron hacer, como es el caso del Ministerio de Salud Pública que nunca pudo conseguir a quién delegar a pesar de la anuencia de la señora Ministra y de la manifestación clara de querer integrarla.

Se trabajó con un objetivo muy claro: que todos los actores integrados trabajen en beneficio del paciente; esa es la mejor manera de atender a la gente. En esto estuvimos muchas horas y nos llevó casi dos años hacer una propuesta de decreto. Aclaro que nosotros queríamos hacer un proyecto de ley, pero a propuesta de la propia Ministra terminamos elaborando la redacción de un decreto, ya que nos dijo que era más fácil; esto nos pareció bárbaro porque era una manera de avanzar más rápido frente a las necesidades imperiosas de la gente que indicaban que había que hacer algo en esta disciplina. Por este motivo aceptamos la propuesta y empezamos a trabajar brindando información periódica de cómo se iba desarrollando esta actividad. Se propuso integrar a todos los actores y se contrató a asesores para poder redactar un decreto con el contenido legal y todo lo que se requiere para ello.

En ese período la señora Ministra Muñoz fue sustituida por el señor Olesker, quien mantuvo exactamente la misma política con la misma característica de información periódica mientras se iba desarrollando. El decreto se culminó en diciembre de 2010, cuando se volvió a cambiar de Ministro de Salud Pública; este decreto fue presentado pocos días antes de que asumiera el doctor Venegas. Ese borrador, ese trabajo, que llevó dos años de redacción, quedó encajonado hasta ahora.

SEÑORA SANSEVERINO.- ¿No hay decreto entonces?

SEÑOR RUGLIO.- Sí lo hay, pero tiene cuarenta y cinco años de antigüedad.

Lógicamente, en ese período varias veces solicitamos audiencia con señor Ministro, pero nunca nos atendió. Delegó la solicitud de audiencia al doctor Yamandú Bermúdez, quien nos atendió, pero evidentemente el decreto no prosperó en absolutamente nada y quedó en un cajón.

Solicitamos esta instancia para plantear a los señores Diputados -como también lo hicimos con los Senadores- cuál es la situación real y para sensibilizarlos sobre una necesidad imperiosa que tiene el país frente a una demanda insatisfecha en lo que refiere a salud visual. En nuestro país no existe una atención

primaria en salud visual. Sabemos que la gente pasa más de dos meses antes de poder acceder a una consulta oftalmológica. También llegan pacientes con urgencias -la más sencilla de ellas, por ejemplo, un cuerpo extraño clavado-, que fueron rebotados en el Hospital Saint Bois; allí hay dieciocho o veinte oftalmólogos uruguayos, hay oftalmólogos cubanos, hay optometristas y técnicos, pero no hay quien atienda una urgencia. Entonces, el paciente va de un lado al otro y termina en el Hospital de Clínicas donde, con suerte, lo agarra alguien que quizás ni siquiera está recibido o con conocimientos para atender bien el caso.

Estoy haciendo una reseña de la realidad que estamos viviendo, pero aclaro que todos los pasos están absolutamente documentados. Ponemos a disposición el material ordenado cronológicamente para ver si logramos sensibilizarlos. En esa propuesta de decreto nosotros proponemos para todo el país, donde no existe, una atención primaria absolutamente nueva a través de ópticas calificadas en tres categorías distintas. En paralelo, planteamos crear una educación con títulos intermedios que permitan incorporar gente e ir atendiendo las necesidades de acuerdo con esas tres categorías.

Todo esto fue avalado por los sucesivos Ministros, todo fue informado, pero lamentablemente está congelado en un cajón. Hoy tomamos la decisión de comenzar a sensibilizarlos sobre el asunto para ver si logramos el objetivo que es transformar ese decreto en ley, algo que no hemos podido lograr, a pesar de haber hecho los deberes para el Gobierno, con mucho gusto, porque consideramos que teníamos que hacer un aporte en este sentido al ver a los pacientes padecer todos los días y luego de recoger las necesidades planteadas por todos los actores en la mesa de trabajo. Creo que hicimos bien los deberes, pero nos sentimos muy mal porque se puede estar de acuerdo, o no, en una cláusula o en otra, o en un decreto, pero más allá de eso a la gente hay que atenderla. No quiero seguir calificando esta situación, pero haber puesto esta iniciativa en un cajón nos hace sentir muy mal. Vamos a intentar por todos los medios convertir este decreto en ley.

SEÑOR ANGELORO.- Fue muy claro el planteo del compañero Ruglio.

Quiero dar algunas pautas de cómo ha sido todo el trabajo y de las falencias que hemos visto que existen en todo el Uruguay. Desde el año anterior trabajamos con el LATU y con el Plan Ceibal en la elaboración de un test visual que este año ya está funcionando. El mismo llega directamente a las ceibalitas para que todos los niños del Uruguay se hagan un testeo con los padres. Fue una idea que surgió con los oftalmólogos, con los ayudantes técnicos en oftalmología y con los ópticos y se hicieron pruebas piloto en algunas escuelas antes de instrumentarlo. Por eso no entendemos qué es lo que pasa; queremos trabajar junto con los oftalmólogos -tiene que ser así; en todas partes del mundo se trabaja perfectamente de esa manera-, para sacar algo para beneficiar a la gente, pero se nos corta inmediatamente. No es la primera vez que esto ocurre sino que se ha hecho durante años: sistemáticamente hay algo que para y no sabemos cuál es el motivo o lo sabemos, pero no lo podemos probar. Hay muchos oftalmólogos trabajando junto a ópticos para llevar a cabo planes para toda la población y lo que pedimos es algo normal: no nos podemos seguir rigiendo por un decreto que tiene más de cuarenta años. Hoy hay tecnología que antes no existía. Además, ocurre que, por ejemplo, el inspector de ópticas de Salud Pública es pediatra; el pobre hombre, con el que hemos hablado un montón de veces, no tiene ni idea de lo que es nuestra profesión; entonces, habilita casas de ópticas que no se pueden habilitar y hay muchas. Todo esto trae aparejada una mala atención ya que tiene que haber un óptico las ocho horas y contar con distinta tecnología, y eso hoy no lo tenemos. Estamos pidiendo que en ese cargo pongan a un óptico, como era antes. Hay ópticos retirados que saben muchísimo y que están al tanto de todo.

En el mes de diciembre tuvimos una reunión con la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores y quedamos a la espera de intercambiar ideas al respecto con alguien, pero no tuvimos resultado. Ahora estamos a la espera de este nuevo Ministerio de Salud Pública. Hace una semana nos prometieron que nos iban a llamar para empezar a trabajar en conjunto, pero todavía no lo han hecho. Lo que pasa es que cada vez que queremos ponernos a trabajar, nos cambian todas las autoridades y tenemos que empezar el camino otra vez. Pero pensemos que esta podrá ser una buena salida.

Hace muchos meses también tuvimos una charla por este tema con el señor Diputado José Carlos Cardoso y el Diputado Esteban Pérez fue ex colega, ya que trabajó mucho en ópticas, y también está muy al tanto de lo que puede suceder en el área.

Estos son los caminos que queremos recorrer a fin de que salga algo positivo.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Ustedes tienen una copia del decreto que elaboraron?

SEÑOR ANGELORO.- Sí, y se la podemos enviar inmediatamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sería bueno que enviaran ese material a la Secretaría de la Comisión porque así podríamos comenzar a estudiar el tema; ya que ustedes han trabajado tanto, tendríamos camino adelantado.

SEÑOR NARÍO.- El señor Diputado José Carlos Cardoso leyó una carta en la Cámara de Representantes y creo que se pudo hablar algo del tema a título informativo, pero no en profundidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de que se comience a tratar el orden del día de la sesión tenemos un espacio llamado "media hora previa", en el que hablan seis Diputados, cinco minutos cada uno, y seguramente haya hecho uso de la palabra en esa instancia.

De todos modos, lo importante es que nos envíen ese borrador que ha sido elaborado durante tanto tiempo y en el que actuaron autoridades; si llevó dos años de trabajo, ahí hay muchos aportes relevantes para tomar como base.

SEÑOR ANGELORO.- Aclaro que no actuó el Ministerio. Nosotros lo pedimos en la primera reunión, pero recuerdo que en ese momento la señora Ministra nos dijo que no tenía a nadie para que trabajara con nosotros, por lo que comenzamos a hacerlo nosotros. Nunca pudimos lograr una reunión con alguien del Ministerio; recién ahora la doctora Sica, Directora General de la Salud, nos prometió lo que mencioné, por lo que estamos a la espera.

SEÑORA SANSEVERINO.- Muchas gracias por toda la información.

Normalmente nosotros enviamos las versiones taquigráficas a las áreas que tienen relación con el tema, por lo que podríamos enviar esta al Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, la información comenzará a correr y si ustedes nos envían ese trabajo podremos solicitar entrevistas y generar un espacio parlamentario para estudiar el tema. También nos podemos reunir con la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores, como lo hacemos en algunos temas para ahorrar tiempo y lograr acuerdos.

No sé si ustedes consideran que el borrador de decreto que elaboraron estaría terminado o habría que agregarle algo, pero ese material contribuirá al análisis del tema.

SEÑOR ANGELORO.- Quiero mencionar que este decreto también prevé la venta ilegal, que es un gravísimo problema que se está dando hoy, porque no solamente entran lentes de sol que hacen un daño tremendo, sino también lentes que originariamente eran recetados.

Yo estoy en la zona del Cordón y si uno pasa por los Techitos Verdes puede ver a un señor que vende lentes, con un diario para hacer pruebas. Entonces, no solo no tenemos una fiscalización sino que nos están destruyendo por otro lado.

Hace bastante tiempo tuvimos una reunión con la Dirección Nacional de Aduanas y hace pocos días pasaron una noticia relativa a que habían destruido veinte mil lentes, pero si no me equivoco eran del año 2009 y estaban guardados. Una de las cosas que nos dijeron en la Dirección Nacional de Aduanas era que no tenían ni siquiera lugar para guardar esos lentes cuando los sacan y en vez de destruirlos inmediatamente -cosa que no hacen por las trabas burocráticas, etcétera- muchas veces desaparecen y salen nuevamente a la calle. El tema es bastante complicado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos mucho la presencia y sus aportes.

Se levanta la reunión.